

NW_GERICHTE NW-27887 vom 27. September 2021

NW Gerichte, 2021-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_NW-27887

FR: NW_GERICHTE NW-27887 du 27 septembre 2021

IT: NW_GERICHTE NW-27887 del 27 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung vom 3. Februar 2021 der IV-Stelle Nidwalden. Zuständig für deren Beurteilung ist die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden (Art. 69 IVG [SR 831.20] i.V.m. Art. 57 ATSG und Art. 39 GerG [NG 261.1]). Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG) ist gegeben und die Voraussetzungen über Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 ATSG) eingehalten, sodass auf die Beschwerde einzutreten ist.

4■14

E. 2.1

Zunächst ist auf die formellen Rügen einzugehen (BGE 132 V 387 E. 5.1). Die Beschwerdeführerin beanstandet – zumindest sinngemäss – eine Verletzung der Begründungs- und/oder Abklärungspflicht, weil sich die IV-Stelle nicht zum Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2020 des Neurozentrums des Spitals D. __ geäussert bzw. ihre erneute Anmeldung gar nicht richtig geprüft habe. Die Stellungnahmen des RAD-Arztes vom 26. Oktober 2020 und vom 25. Januar 2021 seien zudem unmassgeblich, da keine persönliche Untersuchung und keine vertiefte Auseinandersetzung mit den verschiedenen Diagnosen sowie Krankheitsbildern stattgefunden hätten.

E. 2.2

Die Neuanschuldung wird – wie auch das Gesuch um Leistungsrevision – nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV [SR 831.201]). Gelingt ihr dies nicht, so tritt die IV auf das neue Gesuch nicht ein. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen; sie hat demnach analog einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Im Verfahren der Neuanschuldung kommt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c ATSG) erst zum Tragen, nachdem die versicherte Person eine massgebliche Änderung ihres Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung glaubhaft gemacht hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E. 3.1 und 3.2 m.w.H.). Bis zur Glaubhaftmachung des Revisionsgrundes spielt der Untersuchungsgrundsatz demzufolge nicht (ausdrücklich: HANS-JAKOB MOSIMANN, in: Bollinger/Kieser/Gehring/Frey/Mosimann [Hrsg.], Kommentar ATSG zu AHVG/IVG und KVG/UVG, 2018, N 21 zu Art. 17 ATSG). Mit

dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenerhebung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_647/2019 vom 31. Januar 2020 E. 2.1).

5■14 Mit Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin hat sich am 7. Dezember 2017 erstmals zum Leistungsbezug angemeldet. In der Folge war ihr Gesuch nach materieller Prüfung mit Verfügung vom 4. Februar 2019 abgewiesen worden (vgl. vorstehender Bst. A./a.). Bei der Anmeldung vom 27. August 2020 handelt es sich folglich um eine Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV. Im entsprechenden Verfahren obliegt es der Beschwerdeführerin, die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft zu machen (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Die bereits im Verwaltungsverfahren teilweise anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin legte – neben einem eigenhändig verfassten Zustandsbeschrieb (IV-act. 52 S. 3) – folgende ärztlichen Berichte auf: – Sprechstundenbericht Prof. Dr. med. E., Spital D., vom 24. Juli 2020 (IV-act. 53) – Austrittsbericht Spital D. vom 10. Juni 2020 (IV-act. 70 S. 11 ff.) – Bericht Spital F. vom 8. Januar 2021 (IV-act. 70 S. 19 f.) Die IV-Stelle liess diese Berichte dem RAD zur Stellungnahme in versicherungsmedizinischer Hinsicht zukommen (IV-act. 54 und 72). Der RAD nahm Stellung und setzte sich dabei mit diesen Berichten auseinander. Er gelangte zum Schluss, dass keine anhaltende Verschlechterung beschrieben werde und ein solcher aus versicherungsmedizinischer Sicht auch bei einem Aktenvergleich nicht ausgewiesen sei; es mangle an neuen Erkenntnissen in Form neuer und erheblicher, bisher nicht bekannter Funktionseinbussen (IV-act. 55 und 73). Daraufhin befand die IV-Stelle, es hätte sich keine hinreichende Veränderung ergeben. Es ist daran zu erinnern, dass bei einer Neuanmeldung die Beschwerdeführerin – im Masse des Glaubhaftmachens – beweispflichtig ist und die IV-Stelle anhand der von der Beschwerdeführerin aufgelegten Berichten einzig das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu prüfen hat. Dieser Pflicht

6■14 ist sie vorliegend nachgekommen. Sie verneinte – wie sich nachfolgend zeigen wird zu Recht – das Vorliegen eines Revisionsgrundes mit hinreichender Begründung. Zu weiteren Abklärungen war sie bei dieser Ausgangslage nicht verpflichtet. Eine Verletzung der Abklärungs- oder Begründungspflicht ist demzufolge nicht ersichtlich.

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin legt im Rahmen des Beschwerdeverfahrens weitere, sich bis dato nicht in den Akten befindliche Arztberichte bzw. -zeugnisse auf. Es sind dies der histopathologische Befund der Pathologie des Spitals F.__ vom 4. Juni 2020 (BF-Bel. 5), ein provisorischer Kurzaustrittsbericht des Spitals G.__ vom 19. Mai 2020 (BF-Bel. 6) sowie ärztliche Zeugnisse von Dr. med. H.__ (BF-Bel. 9-11; teilweise bereits in den Akten).

E. 3.2

Wird im Revisionsgesuch oder in der Neuanschuldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den eben umschriebenen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

E. 3.3

Nachdem die Beschwerdeführerin ihrer Neuanschuldung vom 27. August 2020 zunächst keine aktuellen medizinischen Unterlagen beilegte (IV-act. 46), setzte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin Frist – unter Androhung der Säumnisfolge – zur Behebung dieses Mangels (IV-act. 51). Der Aufforderung kam die Beschwerdeführerin nach, indem sie einerseits mit Eingabe vom 24. September 2020 (IV-act. 52) andererseits mit begründetem Einwand vom 12. Januar 2021 (IV-act. 70) ärztliche Berichte einreichte bzw. durch ihre Rechtsvertretung einreichen

7■14 liess. Die Nichteintretensverfügung vom 3. Februar 2021 erging sodann gestützt auf diese Akten- bzw. Sachlage. Die angefochtene Nichteintretensverfügung ist in diesem Beschwerdeverfahren im Lichte des sich der Verwaltung damals bietenden Sachverhalts zu überprüfen. Die nun nachträglich aufgelegten Berichte standen der IV-Stelle nicht zur Verfügung, bildeten entsprechend nicht Grundlage des Nichteintretensentscheids und haben demzufolge hier unbeachtlich zu bleiben. Allerdings enthalten sie auch keinerlei wesentliche oder unbekanntere Informationen und vermöchten am Ergebnis ohnehin nichts zu ändern.

E. 4.1

In der Sache erwog die IV-Stelle (unter Verweis auf die Stellungnahmen des RAD vom 25. Januar 2021 resp. 26. Oktober 2020), für die Frage der leistungsrelevanten Veränderung der Verhältnisse seien letztlich nicht die gestellten Diagnosen, sondern die funktionellen Einschränkungen massgebend. Eine geänderte oder neue Diagnose alleine bilde noch keinen Eintretensgrund. Neue, bisher nicht bekannte Funktionseinbussen seien aus den aufgelegten medizinischen Unterlagen nicht ersichtlich. Auf das neuerliche Leistungsbegehren werde in Ermangelung einer Glaubhaftmachung der Veränderung der Verhältnisse nicht eingetreten.

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, dass Anhaltspunkte für eine Veränderung des Gesundheitszustands bestehen würden.

E. 4.3

Strittig ist demnach die Frage, ob die IV-Stelle zurecht auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten ist.

E. 5.1

Die relevanten Voraussetzungen für ein Eintreten auf eine Neuanschuldung wurden bereits vorstehend dargelegt. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch die Gegenüberstellung des Sachverhalts im Zeitpunkt der strittigen Verfügung mit demjenigen wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung bestanden hatte (BGE 130 V 71 E. 3.1). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer revisionsrechtlich relevanten Änderung des Invaliditätsgrades

8■14 bildet folglich die letzte rechtskräftige Rentenverfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 3.2; MOSIMANN, a.a.O., N 8 zu Art. 17 ATSG).

E. 5.2.1

Die Verfügung vom 4. Februar 2019 basierte in medizinischer Hinsicht auf dem vom Unfallversicherer eingeholten polydisziplinären Gutachten der C. __ vom 18. Juli 2018 (IV-act. 29) sowie der Mitteilung der Versicherten, wonach sie per September 2018 wieder im ursprünglichen Pensum im Betrieb ihres Ehemannes bzw. im Haushalt tätig sei (IV-act. 39).

E. 5.2.2

Die Gutachter führten folgende Diagnosen auf (IV-act. 29, S. 311): – Mittelgradige depressive Episode (F32.1 nach ICD-10) – Generalisierte Angststörung (F41.1 nach ICD-10) – Akzentuierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend zwanghaften Zügen (Z73 nach ICD-10) Somatische Diagnosen Zustand nach Unfall am 14.06.17 mit – Leichtem SHT Grad I – Nasenfraktur – Verdacht auf Tinnitus – Kopfschmerzen vom Spannungstyp Nebendiagnosen: V.a. okolopharyngeale Muskeldystrophie Im (vorliegend hauptsächlich interessierenden) neurologischen Teilgutachten hielt die Neurologin Dr. med. I. __ als klinische Befunde eine Blickmotorikstörung (komplexe Blickparesen beider Augen mit Sehen von Doppelbildern) und einer fraglichen Schwäche der Beine, wobei die Kraftübung aber eine wechselnde Innervation gezeigt habe. Der Romberg sei pathologisch mit Tendenz nach hinten zu fallen, wobei die Explorandin sich selbst korrigieren könne. Es könne kein sicheres vestibuläres peripheres oder zentrales Syndrom nachgewiesen werden, keine radikulären oder myelären Ausfälle. Es seien keine proximalen oder distalen Paresen der Arme vorhanden. In der Untersuchung hätten sich leichte Schwächen im Bereich der Beine gezeigt, aber nicht wiederholt objektiv nachweisbar. Atrophien seien nicht vorhanden, so dass dies als unsicherer Befund interpretiert werden müsse (soft sign). Die Kraftübungen seien

9■14 immer abhängig von der Kooperation des Exploranden und von dessen Kondition und Konstitution. Auffallend sei eine allgemeine hypotrophe Muskulatur (generalisiert) ohne fokale Atrophien. Diesbezüglich könne auch ein gewisses Trainingsdefizit nicht

ausgeschlossen werden. In ihrer Beurteilung kam die Neurologin zum Schluss, dass aufgrund von Anamnese und Ak- tenlage nach dem Sturz ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma Grad I mit einer Nasenbeinfraktur vorgelegen habe. Bildgebend hätten keine posttraumatischen Veränderungen nachgewiesen werden können und es seien posttraumatisch auch keine neurologischen Defizite aufgetreten. Im Verlauf sei es noch zu einem postcommotionellen Syndrom mit Kopfschmerzen, Nausea und Erbrechen sowie Nackenschmerzen mit mittlerweile vollständiger Erholung gekommen. Die noch vorhandenen Kopfschmerzen seien mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp verein- bar (IV-act. 29, S. 46 f.). Es bestehe zudem eine komplexe (nicht unfallbedingte) Blickmotorik- störung, die sich schon vor dem Unfall manifestiert habe, bislang aber noch nicht endgültig abgeklärt sei. Es bestehe momentan keine Dysphagie und keine Dysarthrie. Die klinischen Befunde und die Anamnese seien hinweisend für eine genetische Erkrankung im Rahmen einer möglichen oculo-pharyngealen Dystrophie (IV-act. 29, S. 47). Insgesamt attestierten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 50% des vorherigen Pensums (50%); eine Leistungseinschränkung bestehe einzig aus psychiatrischer Sicht. Eine genaue Aufteilung zwischen Unfallfolgen und Vorbelastungen sei nur cursorisch möglich, da die Vor- belastungen zwar erheblich seien, aber bis zum Unfallereignis nicht zu relevanten Einschrän- kungen geführt hätten. Die Gutachter erachteten deshalb eine hälftige Aufteilung als ange- messen (Ziff. 9.1 S. 34).

E. 5.3.1

Betreffend die Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeits- und Leistungsfähig- keit bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung präsentiert sich die medizinische Akten- lage wie folgt:

E. 5.3.2

Die Versicherte war vom 26. Mai 2020 bis 4. Juni 2020 im Spital D. __ hospitalisiert. Im Aus- trittsbericht vom 10. Juni 2020 werden als «im Spital behandelte und noch aktive Diagnosen» genannt (IV-act. 70 S. 11 ff.): – Hochgradiger Verdacht auf mitochondriale Myopathie (ED: 30. September 2019) – Dyspnoe DD: im Rahmen bronchialer Hyperregibilität DD: im Rahmen Diagnose 1 (ED: 27. Mai 2020)

10■14 Die Versicherte habe sich mit seit 1-2 Jahren bestehenden, intermittierend zunehmenden Schmerzen der ventralen Oberschenkel, der glutealen Muskulatur beidseits sowie zwischen den Schulterblättern und an den Oberarmen beidseits vorgestellt. Aufgrund der mehrjährigen vorbestehenden Ptose mit positiver Familienanamnese bestehe seit 2017 der Verdacht einer oropharyngealen Muskeldystrophie, auf das PABN-1-Gen sei sie aber negativ getestet wor- den. Die zur Zuweisung führenden Schmerzen interpretiere man als belastungsabhängige My- algien. In Phasen mit geringer Symptomausprägung komme es nach zirka zehnminütiger Be- lastung zu Schmerzen, aktuell allerdings bereits bei kurzer, geringer Belastung. Zusätzliche leide die Versicherte unter generalisierter Kraftlosigkeit und Muskelzittern bereits bei leichter Anstrengung. In der klinisch neurologischen Untersuchung sei eine generalisierte, leichte, proximal betonte Muskelschwäche mit distal-symmetrischer, leichter Muskelatrophie sowie bekannter beidseiti- ger Ptose aufgefallen. Es werde eine mitochondriale Myopathie vermutet, wobei als Ursache der aktuellen Verschlechterung der Myalgien eine Exazerbation des chronischen Asthmas postuliert wird. Die Ursache der protrahierten intermittierenden Dyspnoe bleibe vorerst offen (DD: bronchiale Hyperregibilität; i.R. Mitochondriopathie). Die Versicherte sei am 4.

Juni 2020 mit noch schmerzhafter Biopsiewunde, aber im Übrigen kompensiertem Zustand entlassen worden.

E. 5.3.3

Die Pathologie des Spitals F.___ hielt in ihrem histopathologischen Befund vom 4. Juni 2020 die histologische Diagnose «Quergestreifte Skelettmuskulatur mit Hinweisen auf mitochondriale Schädigung» fest (BF-Bel. 5).

E. 5.3.4

Prof. Dr. med. E.___, Co-Chefarzt des Spitals D.___ nennt in seinem Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2020 die Diagnose (IV-act. 53): – Hochgradiger Verdacht auf mitochondriale Myopathie mit oropharyngealer Betonung Es liege eine proximale leichte Schwäche v.a. der unteren Extremität vor und klinisch die typischen Zeichen einer mitochondrialen Myopathie mit Blickrichtungsschwäche der Augenmuskulatur und Ptose. Diese habe sich über die letzten Jahre stabil gezeigt und sei im Juni mit einer Muskelbiopsie bestätigt worden; eine genetische Untersuchung sei geplant.

11■14

E. 5.3.5

J.___, Fachärztin für medizinische Genetik am Spital F.___, schliesst in ihrem Bericht vom 8. Januar 2021 angesichts der diagnostischen Befunde, der Symptomatik und des Krankheitsverlaufs ebenfalls den Verdacht auf eine oculopharyngodistale Myopathie (OPDM [IV-act. 70 S. 20]).

E. 5.3.6

Im Weiteren legt die Beschwerdeführerin diverse hausärztliche Arztzeugnisse ins Recht, die ihr seit 19. Juni 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit attestieren (BF-Bel. 11).

E. 5.4.1

Im Jahr 2019 gestaltete sich die Befundlage im Wesentlichen wie folgt: Das neurologisch bestehende, wohl hauptsächlich unfallfolgebedingte postcommotionelle Syndrom mit Kopfschmerzen, Nausea und Erbrechen sowie Nackenschmerzen hatte sich, mit Ausnahme von Kopfschmerzen vom Spannungstyp, bereits vollständig zurückgebildet. Funktionseinschränkend relevant bestanden nur noch Beschwerden psychischer Natur (mittelschwere depressive Episode; generalisierte Angststörung; akzentuierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend zwanghaften Zügen), wobei sich diese im Gutachtenzeitpunkt unfallkausal im Umfang von 50% des vorherigen 50%-Pensums funktionseinschränkend auswirkten, spätestens per September 2018 lagen diese Funktionseinschränkungen aber nicht mehr vor. Im Übrigen klagte die Versicherte bereits damals (und vor dem Unfall) über weitere Beschwerden. Es zeigte sich eine komplexe Blickmotorikstörung, eine allgemein hypotrophe Muskulatur (generalisiert) ohne fokale Atrophien, eine Beinschwäche, Kribbelparästhesien unklarer Ätiologie, diskret wahrgenommene Doppelbilder im Abblick, beidseitige Motilitätsstörungen, multidirektionale Augenmuskelparesen sowie beginnende beidseitige Ptose. Diesbezüglich bestanden mehrere Verdachtsdiagnosen, v.a. der starke Verdacht auf eine okulopharyngeale Muskeldystrophie, ohne dass aber eine abschliessende diagnostische Zuordnung stattgefunden hätte. Erwerbsfähigkeitsrelevante Funktionsausfälle bestanden im Kontext

dieser weiteren, nicht unfallkautalen Beschwerden indes nicht.

E. 5.4.2

Aktuell wird nicht mehr die Verdachtsdiagnose Muskeldystrophie, sondern mitochondriale My-

12■14 opathie genannt. Indes basiert die abweichende ätiologische Klassifizierung auf einer vergleichbaren (Befund-)Grundlage. Sowohl die ursprüngliche als auch die geänderte (und nicht neue) Verdachtsdiagnose zeigt sich (hier) funktional hauptsächlich durch geschwächte Muskelpartien und der entsprechenden Nebenfolgen, wie die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzen. Es handelt sich m.a.W. um dieselbe Muskelerkrankung (Myopathie), deren diagnostische Einordnung nun aber andersartig vermutet wird. Die objektivierbaren Gesundheitsbeschwerden werden auch in den neuen Berichten als über die letzten Jahre stabil beschrieben (vgl. E. 5.3.4; IV-act. 53). Auch das Spital D. __ stellte eine generalisierte, leichte, proximal betonte Muskelschwäche mit distal-symmetrischer, leichter Muskelatrophie fest (vgl. E. 5.3.2; IV-act. 70 S. 11 ff.). Ähnliches oder gleiches war aber bereits im Gutachten vom 18. Juli 2018 beschrieben worden (allgemeine hypotrophe Muskulatur [generalisiert] ohne fokale Atrophien [vorstehende E. 5.2.2]), ohne dass sich dies funktionseinschränkend ausgewirkt hätte (IV-act. 29 und 39). Darüber hinaus sind die im Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2020 (IV-act. 53) und im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom 16. Mai 2018 festgehaltenen Untersuchungsbefunde (IV-act. 29 S. 44 f.) im Wesentlichen identisch (u.a. eine normale Muskelkraft in beiden Beinen). Für die vorliegende Beurteilung ist irrelevant, ob für die Beschwerden – wie ursprünglich vermutet – eine Muskeldystrophie oder doch eine Mitochondriopathie ursächlich ist. Eine andere Diagnose stellt für sich noch keine versicherungsmedizinisch relevante Veränderung des Gesundheitszustandes dar, umso mehr es sich nach wie vor um bloss um eine Verdachtsdiagnose handelt. Eine mit diesen Befunden im Zusammenhang stehende, anhaltende Verschlechterung der Funktionalität wird ebenfalls nicht glaubhaft gemacht. Daran vermag mangels weiterer Begründung oder Angaben auch die durchgehende attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit der Hausärztin seit dem 19. Juni 2020 (E. 5.3.6) nichts zu ändern.

E. 6

Zusammenfassend ergibt sich, dass die IV-Stelle zu Recht nicht auf das neue Leistungsbegehren eingetreten ist. Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

E. 7

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

13■14 und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden auf Fr. 800.– festgesetzt und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden dem Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe entnommen und sind bezahlt. Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

14■14

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.